Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde

RADIS tema 5

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Ano I/Agosto de 1983

HANSENIASE

Atendimento integrado na rede básica é a solução

O governo anunciou em abril último a liberação da primeira parcela de Cr$ 250 bilhões do Fundo de Investimento Social (Finsocial) para a realização de diversos programas considerados prioritários nas áreas de saúde, habitação e nutrição, entre outras. Ficou definido então que o combate à hanseníase receberia Cr$ 1,5 bilhão dos Cr$ 12,3 bilhões destinados aos programas de controle de doenças críticas, coordenados pelo Ministério da Saúde. Este fato dá a medida da importância do problema abordado neste **Tema,** quase sempre negligenciado e pouco conhecido mesmo entre os profissionais de saúde.

A alocação das verbas do Finsocial para esta área torna-se ainda mais significativa quando se sabe que o montante orçamentário destinado pelo Ministério da Saúde para a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária em 1983 (excetuando-se os repasses de medicamentos) não ultrapassou os Cr$ 30 milhões, enquanto diversas secretarias estaduais conseguiam apenas custear a parte administrativa de seus departamentos especializados nesta área. A aplicação dos novos recursos será dirigida para o estudo do quadro real de incidência e prevalência da doença; a capacitação de pessoal nas áreas de diagnóstico, tratamento e controle epidemiológico; e ao incentivo à ação dos serviços básicos de saúde neste terreno.

Relegada até há pouco tempo atrás aos asilos e marcada pelo leproestigma, a hanseníase teve seu peso subestimado durante muito tempo no contexto da saúde pública brasileira. Como resultado, a incidência e a prevalência da doença experimentaram na última década um crescimento significativo, devido, em parte, à ausência de barreiras médico-sanitárias a esta expansão. O modo específico de transmissão e incubação, a possibilidade de infecções subclínicas e outras características da hanseníase tornam mais nefastas as deficiências de diagnóstico e tratamento da rede ambulatorial existente.

As recentes propostas de horizontalização e integração dos antigos serviços de lepra, e a perspectiva de aplicação de tecnologias específicas para a doença (especialmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce e ao tratamento reduzido), aliadas à elaboração de um modelo epidemiológico aplicável à endemia, poderão definir um futuro mais otimista para os hansenianos. Por enquanto, isto ainda é uma esperança. A reforma institucional realizada nos últimos anos teve, até agora, pouca repercussão sobre os doentes e a marcha da endemia como um todo. Segundo informações do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (responsável pela gerência dos recursos do Finsocial), o último estágio necessário à liberação da verba prometida em abril será concluído em agosto, com a aprovação dos projetos específicos de controle de doenças transmissíveis por estados e por áreas de atuação.

Com a publicação deste **Tema** o Projeto RADIS pretende contribuir na divulgação deste importante problema da saúde pública brasileira. Pensamos reunir informações capazes de sensibilizar os profissionais de saúde pública que não estejam lidando cotidianamente com a hanseníase e, ao mesmo tempo, complementar seu conhecimento sobre o combate à doença dentro de um programa horizontalizado e integrado às demais ações básicas de saúde. Em artigo redigido a partir do depoimento do prof. Abrahão Rotberg, mostramos as razões para a mudança da terminologia relacionada à doença e a necessidade da superação do estigma que a cerca. Apresentamos a seguir as informações fundamentais para o conhecimento da hanseníase e a experiência em curso no Rio Grande do Sul, onde foi implantado em 1976 um sistema computadorizado de controle. Para finalizar, realizamos duas entrevistas com especialistas no assunto. A primeira, com o prof. Aguinaldo Gonçalves, diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, do Ministério da Saúde, onde ficam claras as principais propostas de trabalho do órgão e as perspectivas futuras de controle da doença no Brasil. A segunda, realizada com o prof. Clóvis Lombardi, da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde de São Paulo, apresenta uma evolução e um balanço da atual situação deste estado, que possui o maior número de casos do país.

ABRAHÃO ROTBERG

Lepra: o estigma agrava a doença

Para os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, esta palavra já não existe mais. Foi substituída pela palavra **hanseníase** que passou a designar a enfermidade provocada pelo **Mycobacterium leprae.** Esta mudança de terminologia, que ainda está em curso e se restringe praticamente apenas ao Brasil, constitui uma das mais originais estratégias para o controle sanitário de uma doença. No caso, uma doença que é até certo ponto banal em termos físicos, mas que é agravada por

O termo lepra não se prestava para campanhas de educação

uma trajetória cultural que remonta aos tempos bíblicos e ilustra um dos mais arraigados estigmas já produzidos em diversas sociedades: o leproestigma.

Esta tentativa de incorporar um enfoque cultural ao controle sanitário de uma doença foi iniciada no Brasil pelo professor Abrahão Rotberg, que vem trabalhando para conseguir adesão internacional para a mudança de terminologia.

Tudo começou quando o professor Rotberg assumiu em 1967 a direção do Departamento de Profilaxia da Lepra, órgão vinculado à Secretaria de Saúde de São Paulo. Na ocasião, estava programada uma campanha pública de educação em relação à lepra, que serviria para conscientizar a população dos aspectos benignos de doença quando submetida ao diagnóstico precoce, e divulgar outras informações que estimulassem o comparecimento dos enfermos aos postos de atendimento. Mas, logo que a campanha foi iniciada, um jornal estampou em manchete: "Leprosos nas ruas da cidade". O próprio Rotberg foi assediado pela imprensa e numa só noite teve que aplacar o pânico da população concedendo entrevistas a 13 emissoras de rádio.

Primeira conclusão: era impossível fazer qualquer tipo de educação em saúde pública usando o termo lepra, uma palavra antieducativa por sua própria natureza e inadequada para prestar qualquer esclarecimento, dado o seu caráter estigmatizante e ao mesmo tempo sensacionalista. Era como se cada iniciativa de educação sobre o assunto entrasse em confronto com milhões de preconceitos e iniciativas deseducativas.

Hanseníase é um nome científico, não parece uma superstição

Era evidente para os sanitaristas de São Paulo que a lepra era uma doença como outra qualquer, relativamente benigna, pouco contagiosa, não letal, e que só provocava situações deformantes ou antiestéticas em poucos casos. Para cada cinco pessoas que realmente pudessem estar fisica-

ETIOLOGIA

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução acentuadamente crônica, causada por uma micobactéria: o **Mycobacterium leprae,** também denominado Bacilo de Hansen, em homenagem ao seu descobridor – Armauer Hansen – cujos trabalhos foram divulgados oficialmente em 1874. A aceitação da origem bacteriana da hanseníase só se tornou unânime após 1900, a partir do encontro do germe nas lesões e de seguras observações de ordem clínica e epidemiológica.

O cultivo do bacilo de Hansen já foi tentado, sem êxito, em todos os meios artificiais de cultura conhecidos. Inoculações experimentais têm sido realizadas desde o século passado nas mais variadas espécies animais, mas os resultados permaneceram insatisfatórios até 1970, quando foram obtidos em tatus lesões ricas em bacilos e muito semelhantes às encontradas no homem. A partir de então, esse animal tornou-se o modelo para o estudo das reproduções experimentais da hanseníase. Talvez isso se deva ao fato de ser um animal de baixa temperatura corporal. Como se sabe, o bacilo de Hansen tem predileção pelas partes mais frias do corpo humano (testículos, nariz, orelhas e outras extremidades).

mente incomodadas pela lepra, existiam outras 95 que não teriam problema algum se a doença delas não tivesse este nome.

Segunda conclusão: o termo lepra era a própria doença, e não tinha nenhuma possibilidade de tornar-se aceito publicamente. Antes da fracassada experiência educativa, Rotberg e seus companheiros pensavam que a lepra fosse uma doença física com um componente social. Depois da campanha, inverteram o juízo: tratava-se, na verdade, de uma doença social

O isolamento foi um dos maiores erros da história da medicina

grave em torno de um núcleo físico relativamente pouco importante.

Solução: trocar o nome da doença para começar vida nova, ou seja, criar as condições para libertar todo esse núcleo físico pouco importante daquela terminologia que ligava a doença a uma série de concepções erradas, pejorativas, largamente utilizadas de forma sensacionalista. Assim, a própria terminologia era o obstáculo. Mantê-la significava perpetuar um terreno e um meio de cultura para a reprodução de todo tipo de informação e, principalmente, **de desinformação**. Rotberg cita o exemplo da literatura, onde o termo lepra foi igualmente utilizado como estigma por diferentes escritores, sensacionalistas ou não.

Após consultar dermatologistas, professores da Escola Paulista de Medicina e os próprios enfermos, Rotberg encaminhou um ofício à Secretaria de Saúde de São Paulo propondo a substituição do termo **lepra** pelo termo **hanseníase**. Propôs ainda a transformação do Departamento de Profilaxia da Lepra em Departamento de Dermatologia Sanitária. Segundo ele, "hanseníase tem um nome científico, parece uma doença, não uma superstição".

A proposta foi aceita e a nova terminologia adotada através de portaria baixada pela Secretaria Estadual de Saúde em 1967. A partir de então, Rotberg dedicou-se a divulgar e a buscar adesão nacional para a sua proposta. Editou jornais, participou de congressos e, ao final de quatro anos, cinqüenta escolas médicas já

A evolução da doença era muito lenta em relação ao peso do estigma

adotavam a nova terminologia, o mesmo acontecendo com as administrações estaduais de Saúde do Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul e Ceará. Em 1975, na gestão de Paulo de Almeida Machado, o Ministério da Saúde extingüiu a Campanha Nacional de Prevenção à Lepra em favor da prevenção à hanseníase, modificando oficialmente a terminologia a nível ministerial. Através do Departamento Nacional de Derma-

PATOGENIA

A hanseníase é doença própria da espécie humana, que serve de reservatório para o bacilo de Hansen.

A fonte de infecção é o doente que abriga um número elevado de bacilos no seu organismo e os elimina com freqüência. Os portadores das formas **virchowiana** e **dimorfa** (ver boxes sobre o diagnóstico e o teste de Mitsuda) constituem, portanto, as fontes de infecção responsáveis pela propagação da doença. Para que o bacilo possa infectar um organismo sadio, é preciso que ele seja viável, isto é, não apresente modificações na sua morfologia, o que pode ocorrer espontaneamente ou por influência de tratamento específico. Em geral, o doente bacilífero perde o seu poder infectante três a quatro meses depois do início do tratamento.

A eliminação dos bacilos se faz pela pele lesada (com solução de continuidade) e pelas mucosas, especialmente a nasal e a do orofaringe. A eliminação é proporcional ao número de soluções de continuidade existentes.

Observações clínicas e epidemiológicas indicam ser o contato direto o maior responsável pela transmissão. Admite-se o contágio indireto, através de vetores animais ou de objetos contaminados existentes em ambiente com elevado potencial de infectividade. A penetração é pela pele lesada e pelas mucosas, notadamente pela nasal.

Vencida a barreira da pele ou das mucosas, o bacilo irá alojar-se num glânglio linfático regional, onde tem início o confronto entre o germe e a defesa orgânica. Nesta fase, o indivíduo está infectado, mas não doente. Enquanto permanecer como tal, estará havendo equilíbrio entre os germes e os fatores imunológicos de defesa.

TESTE DE MITSUDA

A imunologia da hanseníase ficou restrita, até há pouco tempo, ao teste de Mitsuda. Com os avanços da imunologia, novas técnicas têm sido introduzidas recentemente. Em que pese esses avanços, a reação de Mitsuda continua sendo, isoladamente, o elemento de maior valor na imunologia da doença.

Em 1919, Mitsuda verificou que uma suspensão de triturado de hansenoma, inoculada intradermicamente, produzia entre a primeira e terceira semanas uma reação positiva nos portadores de hanseníase neural, enquanto nos casos tuberosos (atuais **virchowianos)** não se processava essa reação.

Dispõe-se atualmente de três tipos de antígenos para inoculação: o integral (bacilos e tecidos do hansenoma), o bacilar (exclusivamente bacilos) e o protéico (fração protéica do bacilo). O material para a produção desses antígenos provém do doente **virchowiano** ou do tatu infectado. As respostas a esses antígenos podem ser de dois tipos: a precoce (ou fenômeno de Fernandez), que ocorre entre 48 e 72 horas; a tardia (ou fenômeno de Mitsuda), representada por tubérculo com ou sem necrose, ao fim da terceira semana.

A OMS adota a seguinte leitura para o fenômeno de Mitsuda: menos de 3 mm de diâmetro – duvidosa; de 3 a 5 mm – positiva (+); de 6 a 8 mm positiva (++); com mais de 10 mm ou ulceração – positiva (+++).

Nos doentes de hanseníase, o fenômeno de Mitsuda é positivo na forma **tuberculóide** (HT), negativo na **virchowiana** (HV) e variável na **indeterminada** (HI) e **dimorfa** (HD).

Se o mecanismo imunológico conseguir sobrepujar os germes, ocorrerá a cura antes do aparecimento dos sinais clínicos da doença. Ocorrendo o contrário, os bacilos poderão entrar na circulação, por via sanguínea ou linfática, indo atingir os tecidos pelos quais têm predileção (pele e nervos).

A fase inicial da doença, pela qual todo doente passa, constitui a forma indeterminada que, geralmente, produz poucas lesões ou sintomas. Se as defesas forem capazes de vencer os germes, desde que estes sejam em números reduzido, ocorrerá a involução das lesões, resultando na cura espontânea. Havendo equilíbrio entre defesa e germe, persistirá o quadro clínico manifestado inicialmente. Se a capacidade imunológica defensiva for boa – indivíduo Mitsuda positivo – a evolução da doença se fará para a forma tuberculóide. Por outro lado, se o doente não possuir capacidade imunológica suficiente para fazer frente aos germes – indivíduo Mitsuda negativo – estes encontrarão condições favoráveis para a sua manutenção e multiplicação, evoluindo a doença para a forma virchowiana.

As formas **tuberculóide** (T) e virchowiana (V) são as chamadas formas polares e a **indeterminada** (I) – inicial da afecção – a matriz da doença, segundo o professor Rabello.

Há casos que mantêm a princípio a forma **dimorfa** (D), ainda indefinida, e, na ausência de tratamento, evoluem depois para a forma T ou V, dependendo da variação da resistência.

tologia Sanitária, a nova terminologia foi imposta verticalmente a todas as secretarias estaduais de saúde.

Mas, apesar da adesão do Ministério da Saúde, o professor Rotberg considera que o problema da mudança de terminologia é mais da alçada do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que, apesar da alteração dos currículos de muitas escolas, ainda não regulamentou o assunto e nem se empenhou em nenhuma campanha educativa.

O professor Rotberg considera que, com a mudança de terminologia, o Brasil está transitando para o terceiro momento na história da profilaxia da hanseníase. O primeiro momento foi marcado pelo isolamento, "um dos maiores erros da

Com a mudança da terminologia, a doença tomou ares de cidade

história da medicina". O segundo veio com a passagem do isolamento para o tratamento integrado em ambulatório, baseado no diagnóstico precoce da doença. Apesar de pôr fim ao terror do isolamento, persistiu o terror do estigma social. O diagnóstico não podia ser feito porque os doentes simplesmente não compareciam ao ambulatório com medo de serem considerados leprosos. E quando sabiam ser portadores da doença, também deixavam de ir ao ambulatório para o tratamento, pois sabiam que o efeito do estigma era imediato e arrasador em relação à lenta evolução natural da doença.

O terceiro momento, para o qual o Brasil está transitando, é a combinação da superação do estigma com a feitura do diagnóstico precoce nos serviços integrados. O professor Rotberg é taxativo:

– Só vai haver prevenção da hanseníase no dia em que esta doença for como outra qualquer; não por declaração de congressos médicos, que não funcionam, mas quando o sujeito entrar sossegadamente num serviço de saúde e puder dizer "eu tenho uma mancha anestésica"sem receio de qualquer degradação social. Ou seja, só vai haver prevenção quando os doentes aparecerem em massa.

Também no âmbito dos serviços de saúde, os departamentos que lidavam com a doença sofriam o estigma: eram considerados "misteriosos e impenetráveis", dedicados a uma doença marginalizada. Os médicos dos serviços de saúde não queriam saber nada de leprologia, mantendo à parte aqueles que lidavam com a doença, transformando-os em alvo de curiosidade e de uma admiração à distância pela coragem de trabalharem com leprosos.

Os doentes dizem "a lepra, que estamos chamando de hanseníase..."

Do mesmo modo, nas escolas de medicina o estudo da doença era cercado de mistificações. Hoje, registra o professor Rotberg, mudaram as relações de médicos e alunos com a doença. Os médicos lidam com um hanseniano naturalmente no mesmo ambulatório em que atendem outros pacientes, e os alunos encaram com normalidade as aulas de hanseníase. "A doença tomou ares de cidade", afirma Rotberg.

O professor Rotberg reconhece que a superação do problema terminológico tem que passar por várias fases, até que o termo hanseníase apague por completo da memória social sua vinculação com o estigma da lepra. "Hoje ainda estamos naquela fase em que o doente fala: a lepra, que estamos chamando de hanseníase" exemplifica Rotberg. Neste contexto, o Ministério da Educação poderia dar uma contribuição decisiva, oficializando a nova terminologia e desenvolvendo um amplo programa de educação de saúde, com a assessoria de profissionais da comunicação para assegurar uma substituição terminológica efetiva.

Hoje ainda existem muitas dúvidas sobre o sucesso deste tipo de intervenção na

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico compõe-se da anamnese, do exame clínico, das provas complementares e dos exames de laboratório.

A **anamnese** ou história do paciente tem por objetivo apurar o início da doença, insistindo sobre a percepção de dormências nas extremidades dos membros, nevralgia, áreas de anestesia e manchas com diminuição de sensibilidade. Deve-se ainda indagar sobre a convivência com outro doente de hanseníase.

O **exame clínico** deve constar do:

– exame dermatológico: feito em ambiente iluminado, com o paciente despido, para procurar as lesões características, verificando se existe alopécia (queda de cabelos), anidrose (diminuição ou ausência de sudorese) e transtornos da sensibilidade ao nível das lesões.

– exame neurológico: a começar nos nervos tibial posterior, cubital, mediano, radial, ciático-popliteo-externo. Deve-se procurar a presença de dor espontânea ou provocada pela apalpação, aderência aos planos adjacentes, espessamento, além da verificação do comprometimento funcional neurológico correspondente a cada um dos nervos mencionados. A destruição dos ramos terminais dos nervos ao nível da pele produz extensos transtornos da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Os pés e as mãos tornam-se insensíveis, o que poderá originar destruição dos tecidos por traumatismos repetidos no tempo. Os transtornos motores, ao alterarem a motilidade dos membros, produzirão ainda transtornos secundários.

O exame da sensibilidade da pele deve ser feito com muito cuidado, depois de se explicar ao paciente o sentido e o método dos testes e qual a sua participação neles. A sensibilidade térmica é a primeira a ser alterada na hanseníase, e pode ser testada com o emprego de dois tubos de ensaio, um com água fria e o outro com água aquecida até 45ºC. A sensibilidade dolorosa pode ser verificada encostando-se alternadamente a ponta e a cabeça de um alfinete e solicitando ao doente a identificação da manobra com os olhos fechados. A sensibilidade tátil é a última a ser comprometida na doença. O teste consiste em tocar de leve um ponto da pele com uma pequena mecha de algodão e mandar o paciente colocar, sempre de olhos fechados, o dedo no ponto tocado. Poderá ser constatada muitas vezes a existência de alteração nas sensibilidades térmica e dolorosa e, ao mesmo tempo, manutenção da sensibilidade tátil.

No exame oftalmológico, poder-se-á observar dificuldades para ocluir as pálpebras, transtornos de sensibilidade corneana, fotofobia, dor ou infecção pericorneana, todas lesões precoces. As lesões tardias serão opacificações da córnea, úlceras corneanas e perda progressiva da visão.

As provas complementares são a prova da lustamina e da pilocarpina ou acetilcolina.

A nível de laboratório, pede-se o exame bacterioscópico. A pesquisa do bacilo de Hansen deve ser feita, de preferência, em lesões cutâneas com sinais evidentes de atividade. Na hanseníase **virchowiana** e **diforma** haverá a presença de bacilos álcool-ácido-resistentes isolados; na **tuberculóide reacional,** a presença de bacilos álcool-ácido-resistentes raros; na **hanseníase indeterminada** e **tuberculóide tórpida** a ausência de bacilos álcool-ácido-resistente. Nas manchas de hanseníase indeterminada podem, eventualmente, ser encontrados alguns bacilos.

Finalmente, há o exame histopatológico, através biópsia da lesão.

linguagem. O professor Rotberg, por exemplo, não sabe se o correto é se "esquecer" completamente a palavra lepra e só se falar em hanseníase, ou se é melhor dizer, numa campanha pública, que a hanseníase é a antiga lepra. Para dar a dimensão da dificuldade terminológica, ele pensa na hipótese do médico diagnosticar no paciente a hanseníase e, dias depois, o paciente voltar ao consultório em pânico por ter descoberto que a sua doença é, "na verdade", a lepra.

– Não seria ainda uma maneira de expor o paciente ao estigma? Indaga Rotberg.

O Ministério da Educação poderia dar uma grande contribuição

Outros dois exemplos da transição em curso referem-se à adoção do termo hanseníase pelos ministérios da Previdência e da Fazenda (este nos formulários do imposto de renda), relacionando a palavra aos casos de aposentadoria e de invalidez. Quanto à Previdência, a mudança se dá em relação aos critérios para a aposentadoria do hanseniano. Até pouco tempo atrás, a aposentadoria era imediata e atendia principalmente a vontade do empregador. Hoje já se começa a considerar a hanseníase uma doença como qualquer outra, dificultando a aposentadoria imediata, que é uma das maneiras de reprodução do estigma.

Mas existe ainda um grande obstáculo para a superação do leproestigma: a resistência internacional em aceitar a nova terminologia. O professor Rotberg conta que as principais revistas internacionais solicitaram artigos sobre suas propostas, para em seguida criticá-las. A crítica mais comum é a de que não podia suprimir-se a palavra lepra, porque ela é essencial para a subsistência das sociedades filantrópicas que sustentam as principais publicações sobre o assunto. Tais sociedades têm também o monopólio das campanhas e dos congressos internacionais, distribuem os fundos arrecadados e difundem as principais comunicações para as regiões endêmicas, mantendo-as sob dependência. Além disso, elas são responsáveis pelas diretrizes sobre a enfermidade a nível da Organização Mundial de Saúde.

Por outro lado, explica Rotberg, a superação do leproestigma só interessa aos países que possuem ao mesmo tempo a endemia e o termo lepra (os países de língua anglo-latinas). No caso dos países europeus, dos Estados Unidos e do Canadá, existe o termo mas não existe o quadro endêmico. Já nos casos dos países africanos e asiáticos, existe o quadro endêmico mas não existe a palavra lepra. Nesses últimos a doença é designada por palavras que não trazem em si nenhum tipo de estigma. Ou seja, é na América Latina que se encontram as duas condições realimentadoras do leproestigma: a palavra e a endemia.

As sociedades filantrópicas dependem do termo lepra

No entanto, além do Brasil somente a Bolívia, a Jamaica e Trinidad Tobago adotaram, até o momento, a nova terminologia. Os outros, segundo Rotberg, ainda preferem contar com a ajuda filantrópica e, por isso, resistem às mudanças. Há ainda o caso dos Estados Unidos, onde a nova terminologia vem sendo aceita pelos serviços públicos de saúde.

O professor Rotberg acha que a adesão internacional à nova terminologia deve demorar mais 20 ou 30 anos. Seria o tempo suficiente para que o Brasil, como centro inovador e país piloto, provasse a eficácia da mudança terminológica no controle sanitário da doença de Hansen.

TERAPÊUTICA

A hanseníase é uma doença grave, porém curável, desde que as drogas específicas, isoladas ou em associação medicamentosa, sejam prescritas em doses adequadas e o doente tome regularmente os medicamentos por tempo suficiente. O tratamento de todos os doentes, particularmente dos bacilíferos, é a atividade prioritária no controle da hanseníase, pois permite anular as fontes de infecção e interromper a cadeia de transmissão da doença.

Normalmente, o tratamento é ambulatorial. A hospitalização se restringe às intercorrências clínico-cirúrgicas, ao tratamento de doentes virchowianos e dimorfos que não possam atender às determinações das autoridades sanitárias e, por último, aos casos de observação científica.

Tratamento específico

Para os doentes maiores de 15 anos há três diferentes esquemas:

Esquema I, indicado para doentes virchowianos e dimorfos virgens de tratamento: aplicação, durante os três primeiros meses, de 600 mg de **Rifampicina** (RFM) e 100 mg de **Sulfona** (DDS); em seguida, indica-se 100 mg de **Sulfona** (DDS) por um periodo de até dez anos depois da inativação do caso.

Esquema II, indicado para doentes tuberculóides e indeterminados, virgens de tratamento: aplicação de 100 mg de **Sulfona** (DDS). Os doentes T e I Mitsuda positivos devem seguir este esquema durante 18 meses após a inativação. Os T e I Mitsuda negativos devem segui-lo nos cinco anos seguintes à inativação, sendo acompanhados clinicamente por mais cinco anos.

Esquema III, para doentes portadores de sulfono resistência: aplicação, durante três meses, de 600 mg de **Rifampicina** (RFM) e de 100 mg de **Clofazimina** (CFZ). Os prazos de tratamento são, neste caso, os mesmos dos esquemas I e II, de acordo com a forma clínica do doente.

Para os menores de 15 anos são utilizados os mesmos esquemas dos adultos, obedecendo entretanto às seguintes doses (até o limite das doses acima descritas para adultos): 10 mg/kg/semana de **Sulfona** (DDS), divididas em doses diárias; 10 mg/kg/dia de Rifampiana (RFM); e 10 mg/kg/semana de **Clofazimina** (CFZ), divididas em doses diárias.

Critérios para encerramento de casos

Será considerado caso inativo todo o doente que não apresente mais sinais de atividade clínica e que tenha bacterioscopia negativa. A partir da inativação, a alta será dada após 18 meses de tratamento para os pacientes T e I Mitsuda positivos; após cinco anos de tratamento e mais cinco anos de observação para os pacientes I Mitsuda negativos. Os pacientes virchowianos e dimorfos deverão prosseguir o tratamento nos dez anos seguintes à inativação, permanecendo depois sob vigilância por um prazo indeterminado.

Há ainda as altas por abandono de tratamento, transferência, óbito e alta estatística.

TEMA é uma publicação do projeto Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde (RADIS), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). As opiniões aqui expressas não representam necessariamente a posição oficial da instituição. COLABORARAM NESTE NÚMERO: Alberto Schprejer; César Q. Benjamin; Gustavo F. Bayer; Pedro Ribeiro Barbosa; Sérgio Goes de Paula (coordenador do projeto RADIS); Tereza F. Velloso. DIAGRAMAÇÃO: Andrei Bastos. COMPOSIÇÃO, MONTAGEM e FOTOLITO: Editora Semente. IMPRESSÃO: Programa de Educação Continuada – Escola Nacional de Saúde Pública. DISTRIBUIÇÃO DIRIGIDA.

Os interessados em receber esta publicação deverão dirigir-se ao Projeto RADIS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 21.041 – Rio de Janeiro–RJ.

EPIDEMIOLÓGICA

Alguns dados sobre a situação atual

A hanseníase é uma das doenças de notificação compulsória em todo o território nacional. Em decorrência, tornou-se obrigatória a investigação epidemiológica dos casos. Ela inclui o exame das pessoas que convivem ou conviveram no domicílio ou fora dele com o doente, qualquer que seja a sua forma clínica, com o intuito de descobrir sua fonte de infecção, conhecer outros casos oriundos da mesma fonte e possíveis novos contágios a partir do caso constatado.

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde é responsável pela consolidação dos dados oriundos das secretarias estaduais de saúde a respeito da incidência e prevalência da hanseníase no país. Apresentamos nesta página alguns dados que possibilitam, numa primeira aproximação, uma visão retrospectiva em relação ao período de 1969 a 1981. São dados que não permitem uma análise epidemiológica completa em relação à doença, mas possibilitam uma avaliação de tendências.

A tabela I apresenta as taxas da prevalência e a tabela II as taxas de incidência no período considerado. Os dados absolutos por estados da federação estão nas tabelas III e IV. A distribuição dos casos novos por forma clínica, apresentada na tabela V, mostra que cerca de 75% dos casos notificados no período são formas avançadas da doença, o que permite deduzir que o diagnóstico está sendo feito tardiamente. Os casos iniciais (I) representam apenas 25% das notificações. Mais grave ainda é o fato dos doentes virchowianos e dimorfos, que são bacilíferos, serem responsáveis por praticamente metade dos casos novos a cada ano. O coeficiente da incidência da doença duplicou nos últimos 12 anos.

A distribuição do número de casos existentes por forma clínica se dá de forma semelhante à distribuição dos casos novos (tabela VI).

De acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde, a prevalência da hanseníase no Brasil está em torno de 500 mil doentes, o que implica a existência de um sub-registro considerável.

TABELA I
Hanseníase – prevalência, Brasil 1969 a 1981

Ano	Taxa por 1.000 hab.
1969	1,36
1970	1,36
1971	1,36
1972	1,31
1973	1,36
1974	1,35
1975	1,33
1976	1,40
1977	1,38
1978	1,38
1979	1,46
1980	1,51
1981	1,45

TABELA II
Hanseníase – incidência, Brasil 1969 a 1981

Ano	Taxa por 100.000 hab.
1969	6,18
1970	5,87
1971	6,23
1972	6,55
1973	6,81
1974	7,98
1975	8,82
1976	8,94
1977	8,62
1978	10,58
1979	12,37
1980	12,19
1981	13,81

TABELA III – Pacientes de hanseníase em registro ativo nas Unidades Federadas, Coordenadorias de Saúde, Brasil, de 1969 a 1981

Coord. de Saúde e UF.	ANO												
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Acre	2.116	2.116	2.291	1.971	2.040	2.224	2.275	2.451	2.571	2.622	2.798	3.051	3.483
Amazonas	5.947	6.428	6.719	7.029	7.604	7.506	5.036	7.198	6.148	7.420	10.890	12.896	14.983
Roraima	30	30	32	...	08	11	16	24	35	57	75	99	...
Pará	5.287	5.646	6.065	6.486	6.914	7.408	7.876	8.117	8.464	9.356	9.887	10.375	10.549
Amapá	225	172	202	202	202	272	357	432	495	560	643	743	820
Maranhão	4.150	4.515	4.519	4.301	5.656	5.935	6.228	5.814	5.576	4.952	5.318	4.566	4.997
AMAZÔNIA	17.755	18.907	19.828	19.989	22.424	23.356	21.788	24.036	23.289	24.967	29.611	31.730	34.832
Piauí	769	769	846	908	1.336	1.149	1.288	1.593	1.925	2.055	2.427	2.376	2.667
Ceará	2.034	2.779	2.453	3.084	3.001	3.134	3.175	3.180	2.433	2.677	3.204	4.168	3.917
Rio Grande do Norte	252	252	273	273	247	247	235	212	198	211	214	229	243
Paraíba	470	470	472	370	79	616	467	356	376	409	431	511	619
Pernambuco	1.992	2.052	2.151	1.968	2.085	1.878	1.995	2.324	2.335	2.608	2.649	3.392	3.270
Alagoas	59	59	62	18	31	57	57	99	89	104	146	178	215
Sergipe	363	350	345	358	379	362	432	500	536	600	463	691	757
Bahia	947	971	1.093	996	1.036	1.119	1.207	1.169	1.289	1.382	1.374	1.500	2.105
NORDESTE	6.886	7.702	7.695	7.975	8.194	8.562	8.856	9.433	9.181	10.046	10.908	13.045	13.793
Minas Gerais	24.922	23.845	25.349	26.944	26.649	23.039	23.899	27.813	28.719	30.270	31.657	32.903	33.492
Espírito Santo	1.404	1.530	1.614	1.763	1.892	3.912	4.376	5.350	4.255	4.906	4.436	7.136	7.426
Rio de Janeiro	3.412	3.705	4.127	4.643	4.879	5.263	11.066	11.836	12.410	13.456	12.323	14.475	16.157
Guanabara	5.465	5.465	4.266	4.518	4.217	4.728	—	—	—	—	—	—	—
São Paulo	37.286	38.058	38.745	34.474	36.334	37.174	37.808	38.269	39.823	35.440	39.388	38.750	31.775
SUDESTE	72.489	72.603	74.101	72.342	73.971	74.116	77.149	83.268	85.207	84.072	87.804	93.264	88.850
Paraná	11.968	12.230	12.653	13.000	13.458	14.051	14.532	15.110	15.785	16.753	17.540	18.421	19.604
Santa Catarina	1.662	1.708	1.916	1.661	1.310	1.393	1.332	1.379	1.349	1.445	1.545	2.446	2.130
Rio Grande do Sul	3.351	3.283	3.273	3.295	3.340	3.311	3.117	3.056	3.096	3.145	3.195	3.265	3.401
SUL	16.981	17.221	17.842	17.956	18.108	18.755	18.981	19.545	20.230	21.341	22.286	24.132	25.135
Rondônia	581	630	661	600	605	632	666	1.005	1.044	1.170	805	1.329	1.357
Mato Grosso	2.905	2.997	3.191	3.011	5.738	5.891	4.196	4.704	4.660	4.893	2.975	3.714	2.442
Mato Grosso do Sul	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3.214	1.848	2.193
Goiás	5.597	5.788	5.835	6.091	6.475	6.782	7.411	7.796	8.368	9.269	10.480	9.456	10.377
Distrito Federal	694	781	842	705	726	887	1.044	1.053	1.197	1.200	1.719	1.490	1.401
C. OESTE	9.777	10.196	10.529	14.407	13.544	14.192	13.317	14.558	15.269	16.532	19.193	17.837	17.770
BRASIL	123.888	126.629	129.995	128.669	136.241	138.981	140.091	150.840	153.176	156.958	169.802	180.008	180.380

TABELA IV – Casos novos de hanseníase, registrados por Unidades Federadas, Coordenadorias de Saúde, Brasil, no período de 1969 a 1981

Coord. de Saúde e UF.	ANO												
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Acre	76	138	114	148	203	284	328	227	176	161	176	170	223
Amazonas	331	313	291	256	302	385	390	495	721	887	1.211	1.242	2.315
Roraima	–	01	02	–	08	03	03	10	11	17	18	25	26
Pará	382	380	442	606	539	731	649	618	780	735	841	761	787
Amapá	11	18	21	18	34	29	87	80	90	90	97	99	99
Maranhão	147	181	271	304	267	503	707	564	568	898	701	858	795
AMAZÔNIA	947	1.031	1.141	1.332	1.353	1.935	2.164	1.992	2.336	2.788	3.043	3.153	4.245
Piauí	34	29	173	72	116	145	176	310	104	396	159	184	201
Ceará	153	117	121	202	161	154	126	249	257	244	319	292	378
Rio G. do Norte	05	–	–	01	05	02	06	14	09	15	14	19	24
Paraíba	08	17	02	03	21	23	18	35	40	43	78	44	96
Pernambuco	103	145	131	138	150	192	199	331	290	336	383	395	404
Alagoas	–	05	–	07	07	20	11	24	19	20	31	36	38
Sergipe	21	17	22	23	38	29	61	64	57	73	74	93	87
Bahia	42	29	52	63	60	123	111	134	124	134	228	187	218
NORDESTE	366	359	501	509	558	688	708	1.161	900	1.261	1.286	1.250	1.446
Minas Gerais	965	800	681	711	752	718	850	1.007	906	1.634	2.472	2.151	1.493
Espírito Santo	165	149	84	149	129	352	498	486	287	439	286	203	497
Rio de Janeiro	297	555	363	427	465	471	910	834	905	1.100	1.154	1.391	1.930
Guanabara	286	–	302	289	206	243	—	—	—	—	—	—	
São Paulo	1.488	1.499	1.590	1.691	1.775	1.873	1.837	1.920	1.787	1.703	2.389	2.061	3.549
SUDESTE	3.201	3.003	3.020	3.267	3.327	3.657	4.095	4.247	3.885	4.876	6.301	5.806	7.478
Paraná	504	369	524	484	591	678	579	758	859	1.226	1.155	1.086	1.278
Santa Catarina	44	59	71	96	58	96	54	81	65	83	102	94	111
Rio G. do Sul	130	136	170	146	176	222	234	253	268	233	222	224	446
SUL	678	564	765	726	825	996	867	1.092	1.192	1.542	1.479	1.404	1.835
Rondônia	36	54	31	37	05	25	34	153	94	164	163	142	198
Mato Grosso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	302	411	250
Mato Grosso do Sul	95	122	92	197	241	263	614	411	264	205	287	491	266
Goiás	220	249	323	272	349	476	629	385	572	915	1.262	1.568	1.170
Distrito Federal	75	88	77	71	173	159	189	206	296	242	252	290	245
C. OESTE	426	513	523	577	768	923	1.466	1.155	1.226	1.526	2.266	2.902	2.129
BRASIL	5.618	5.470	5.950	6.411	6.831	8.199	9.300	9.647	9.539	11.993	14.375	14.515	17.133

Fonte: SE–DNDS–SNPES/MS – SES

TABELA V

Casos novos de hanseníase por forma clínica, Brasil, 1969 a 1981

ANO	FORMAS CLÍNICAS						TOTAL EM REGISTRO ATIVO	COEFICIENTE POR 100.000 HABITANTES
	V e D		I		T			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1969	2.771	49,32	1.489	26,50	1.358	24,18	5.618	6,18
1970	2.811	51,39	1.456	26,62	1.203	21,99	5.470	5,87
1971	3.037	51,04	1.406	23,63	1.507	25,33	5.950	6,23
1972	3.285	51,24	1.652	25,77	1.474	22,99	6.411	6,55
1973	3.374	49,39	1.776	26,00	1.681	24,61	6.831	6,81
1974	3.991	48,68	2.288	27,91	1.920	23,41	8.199	7,98
1975	4.532	48,73	2.419	26,01	2.349	25,26	9.300	8,82
1976	4.439	46,02	2.552	26,45	2.656	27,53	9.647	8,94
1977	4.448	46,62	2.362	24,77	2.729	28,61	9.539	8,62
1978	5.390	44,95	3.419	28,51	3.184	26,54	11.993	10,58
1979	6.798	47,29	3.553	24,72	4.024	27,99	14.375	12,37
1980	6.354	43,78	3.708	25,54	4.453	30,68	14.515	12,19
1981	7.689	44,87	4.333	25,29	5.110	29,83	17.133	13,81

Fonte: SE—DNDS—SNPES/ — SES

TABELA VI

Pacientes de hanseníase em registro ativo por por forma clínica, Brasil — 1969 a 1981

ANO	FORMAS CLÍNICAS						TOTAL REGISTRADO	COEFICIENTE POR 1.000 hab.
	V e D		I		T			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1969	60.069	55,76	30.031	24,24	24.788	20,00	123.888	1,36
1970	68.734	54,28	30.774	24,31	27.121	21,41	126.629	1,36
1971	70.581	54,29	31.276	24,06	28.138	21,65	129.995	1,36
1972	71.150	55,29	31.138	24,21	26.381	20,50	128.669	1,31
1973	75.366	55,31	32.358	23,76	28.517	20,93	136.241	1,36
1974	75.785	54,53	34.299	24,68	28.897	20,79	138.981	1,35
1975	76.671	54,73	34.826	24,85	28.594	20,42	140.091	1,33
1976	81.589	54,09	37.090	24,58	32.161	21,33	150.840	1,40
1977	83.211	54,33	37.473	24,46	32.492	21,21	153.176	1,38
1978	83.926	53,47	38.087	24,26	34.945	22,27	156.958	1,38
1979	91.987	54,18	38.699	22,79	39.116	23,03	169.802	1,46
1980	97.013	53,89	42.180	23,44	40.815	22,67	180.008	1,51
1981	96.691	53,60	42.278	23,44	41.411	22,96	180.380	1,45

Fonte: SE—DNDS—SNPES/MS — SES

AÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Controle depende de decisão política

O Ministério da Saúde exerce, através da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, um papel normativo sobre as ações de combate e controle da hanseníase. A seguir reproduzimos uma entrevista com o seu atual diretor, prof. Aguinaldo Gonçalves, através da qual procuramos retratar a trajetória da política oficial brasileira com relação à hanseníase.

RADIS – Vamos fazer uma curta retrospectiva sobre a evolução da hanseníase. Como se desenvolveu a proposta de internamento compulsório?

AGUINALDO – A expressão **lepra** é encontrada em documentos antigos de uma forma muito imprecisa, significando lesões de pele de maneira geral. Hoje se sabe que não necessariamente se tratava do que hoje chamamos hanseníase, que, como entidade nosográfica, como doença, só foi reconhecida na metade do século passado pelo próprio Hansen. Ele descreveu duas formas clínicas da doença: a **nodular,** que produz aquela "facies" com caroço, tipicamente conhecida como hanseníase; e a **macular-neurítica,** que, como o próprio nome indica, se caracteriza por manchas e lesões naturais periféricas. É interessante notar que, nesta época, estava havendo uma evolução na bacteriologia: a medicina procurava encontrar um agente causal para as doenças. A polêmica relacionada com a hanseníase era saber se se tratava de doença infecciosa ou hereditária, tendo predominado a primeira possibilidade. Um dos principais problemas na nosografia da doença foi a dificuldade de reproduzi-la em animais para efeito de estudo. De vinte anos para cá, houve várias tentativas com camundongos e alguns modelos experimentais com tatus, mas ainda não existe um esquema clássico de reprodução experimental da doença.
Os congressos internacionais começaram a afirmar a necessidade médica de reclusão compulsória de hansenianos a partir de um estudo feito na Noruega constatando uma redução dos casos depois da introdução deste método. Posteriormente verificou-se que, na verdade, a incidência neste país já vinha caindo havia muito tempo, e provavelmente isto estava mais relacionado à generalização do saneamento básico e à melhoria geral das condições de vida. Mas, na época em que foi divulgado, o estudo foi utilizado para justificar, de um ponto de vista sanitário, um isolamento que, até então, tinha raízes apenas culturais. Alguns lugares levaram esta orientação ao extremo, entre eles o Brasil.
RADIS – Havia, então, tratamento para o doente recluso?

AGUINALDO – O tratamento usado era mais empírico, sintomático para as lesões secundárias. Aplicava-se o óleo de chalmugra, que, como sabemos hoje, não possui capacidade terapêutica. Com a sulfonoterapia, surgida na década de 1940, a preocupação com o isolamento foi sendo abandonada a nível internacional, ao mesmo tempo em que o desenvolvimento de algumas nações levava a um decréscimo da doença. Começa então uma outra fase, ligada à descoberta de um instrumento para travar a luta contra a lepra de uma forma razoavelmente palpável.
A estruturação dos serviços de lepra no Brasil começa antes. Em São Paulo cria-se, por exemplo, o Departamento de Profilaxia da Lepra. Os serviços são estruturados em várias "mini-secretarias", aplicando uma estratégia vertical e contando com recursos humanos e materiais apenas para uma estrutura de campanhas. Apesar dos vultosos gastos destinados a este trabalho, a curva da doença continuou ascendente, evidenciando a preponderância dos fatores sócio-econômicos. A compreensão deste fato levou à integração institucional, preocupada com a racionalização da ação da administração pública. Entretanto, não se integrou o que existia até então. Partiu-se então para desarticular a estrutura existente, para depois tentar a integração, e isto resultou em um esvaziamento notável nos órgãos de controle da doença.

RADIS – A desospitalização só aparece depois de 1976?
AGUINALDO – Como diretriz técnica do Ministério da Saúde, sim, mas, na prática, esta tendência já existia. A portaria não foi um ato isolado, mas a sistematização de um processo em curso. A hospitalização estava produzindo muito pouco, considerando que ela consumia grande parte dos orçamentos disponíveis. Além disto, a mudança de orientação se inseria no processo mais geral de horizontalização. Mas, na medida em que os hospitais foram sendo esvaziados, os doentes perderam a assistência que tinham e muitos técnicos que trabalhavam com a hanseníase foram remanejados para outras atividades.
Em síntese, a integração institucional trouxe uma expectativa de ação conjunta da área da hanseníase com as das outras endemias mas, ao mesmo tempo, provocou uma desarticulação do que existia, pois pulverizou os recursos humanos e diminuiu a eficácia do sistema de diagnóstico e tratamento. Não quero dizer que o modelo anterior era melhor, mas hoje diminuiu a eficácia do nosso controle, contamos com recursos humanos pouco qualificados e desarticulados, e vivemos um momento de rearticulação de tudo isto.
RADIS – Como ficou a questão da formação de recursos humanos na área?
AGUINALDO – A Divisão Nacional de Dermatologia sempre teve uma prática consistente a este respeito. Antes, havia cursos regionais, além de um curso de especialização no Rio que era uma referência para toda a América Latina. Com a reestruturação, este sistema foi desativado e, em seu lugar, foi elaborado um curso básico de hansenologia, cuja formulação é excelente. Ele foi distribuído para 30 universidades brasileiras, com textos, cartazes e provas finais. Era uma espécie de instrução programada usando docentes de nível local, nem sempre bem qualificados para o desempenho da tarefa. Mas foi um esforço grande e uma proposta interessante, porque atingia o aluno ainda na fase de gradução. Suas principais falhas foram destinar-se apenas para médicos, apresentar defasagens em relação às diversas realidades regionais e realizar uma estrutura de cursos insuficientemente acompanhados.
A partir de 1982, começamos a aplicar um outro esquema. Os recursos humanos para o controle da hanseníase foram divididos em três níveis: o básico, que reúne o pessoal auxiliar ligado à parte mais extensiva do controle; o segundo nível, dos profissionais regionais ou mesmo docentes de referência que cobrem o pessoal do básico; e o terceiro, composto pelas referências estaduais. Para atender a estes três níveis, a divisão passou a assessorar as iniciativas das secretarias. Em São Paulo e Mato Grosso do Sul o projeto desenvolveu-se razoavelmente bem, sendo iniciado recentemente em Alagoas. Nosso trabalho é apenas de assessoramento e depende da iniciativa institucional das secretarias estaduais.
RADIS – Como se dá a nova articulação institucional?
AGUINALDO – No momento da reorganização, a administração federal possuía 32 colônias, e alguns estados, como São Paulo, tinham outras. O que se propunha na época era a transformação destas colônias em hospitais de dermatologia sanitária. Na recomposição havida, o

Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária passou suas atribuições na área de hansenologia e para as secretarias estaduais, ficando apenas com um papel normatizador/coordenador. Como resultado, o Ministério não possui mais nenhuma unidade sob seu controle. Diante de qualquer problema novo relacionado com a doença, chamamos pessoas representativas das diversas secretarias estaduais para discutir, confrontar a realidade brasileira com as normas internacionais e iniciar um processo de difusão de eventuais modificações em toda a estrutura do setor. Rio Grande do Sul, São Paulo e Amazonas têm sido os estados mais atuantes neste trabalho, e as normas resultantes são repassadas também para o Ministério da Previdência.

RADIS – Segundo os dados, ocorre nos últimos anos quase uma duplicação dos casos registrados. Que lugar ocupa a hanseníase hoje no quadro geral do Ministério?

AGUINALDO – A curva da evolução da endemia no Brasil mostra uma queda no número de casos notificados logo após o período de rearticulação institucional e, em seguida, uma retomada do crescimento. Provavelmente, a capacidade de diagnóstico diminuiu muito no momento de reorganização. Assim, a oscilação deve refletir menos a marcha da endemia do que a capacidade operacional do sistema de controle.

Eu acho que estamos num momento de recomposição. O Ministério se reestruturou do ponto de vista institucional, com reflexos na área de dermatologia sanitária, que lida também com doenças dermatotropicais e venéreas. Nossa divisão foi para a área de doenças transmissíveis, numa decisão que fortalece uma atuação mais direta em relação à hanseníase. Temos agora que traduzir isto em medidas muito concretas, como alocação de recursos para qualificação de pessoal, condições de trabalho de campo, apoio e incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico, conseqüências de uma priorização institucional.

RADIS – Como os fatores sócio-econômicos influenciam o curso da endemia?

AGUINALDO – Está estabelecido que uma melhoria nas condições de vida provoca um decréscimo na doença. Os países subdesenvolvidos possuem os maiores índices de prevalência e nos Estados Unidos, por exemplo, os 400 casos registrados anualmente ocorrem com pessoas não autóctones. No entanto, o princípio epidemiológico da multicausalidade permanece absolutamente válido e, dentro de certas áreas, os fatores sócio-econômicos não atuam numa só direção. A maior prevalência relativa no Brasil está na Amazônia e no Centro-Oeste, mas a maior prevalência absoluta está no Sudeste, sobretudo no eixo Rio–São Paulo. O Nordeste possui índices pequeníssimos de prevalência, tanto absoluta quanto relativa, situando-se ali os poucos estados com baixa endemicidade, segundo os padrões da Organização Mundial de Saúde. Exemplos como o do Chile, que possui um comportamento endêmico igual ao dos países europeus, também mostram que existem muitos fatores desconhecidos interagindo nesta questão.

RADIS – Como você avalia a atuação das secretarias estaduais?

AGUINALDO – O Rio Grande do Sul é o único estado que possui uma secretaria com uma equipe central de nove hansenólogos que periodicamente saem da capital, descem a cada município, junto com os colegas, orientando e discutindo. É um serviço permanente e dotado de uma certa verticalização, o que garante um número de notificações próximo ao epidemiologicamente esperado. A do Pará, por outro lado, é uma secretaria que tem conseguido uma evolução muito favorável nos últimos anos em relação à hanseníase, usando um modelo muito diferente do gaúcho. Lá, o doente é atendido nas unidades polivalentes do estado, e a equipe central tem pouquíssima ascendência sobre ele. É um serviço permanente, mas não tão verticalizado.

A nível nacional, temos hoje algo em torno de 500 mil atingidos pela doença, que possui comportamentos epidemiológicos muito distintos nas várias regiões. Aqui, há dois aspectos importantes a ressaltar: o do contágio e o da infectividade da hanseníase. Ela é uma doença de alta infectividade, mas de baixa patogenicidade. Em 1977, um relatório da OMS afirmava que a infectividade do **Micobacterium leprae,** em termos de difusão, encontra paralelo com o vírus da pólio. Além disto, nossos trabalhos no Amazonas mostraram a existência de infecção subclínica. A maioria dos habitantes de áreas endêmicas já teve contato com a doença; alguns foram infectados mas conseguiram bloquear o processo, mostrando que a difusão da infecção é grande mas o risco de adoecer é pequeno. O segundo aspecto a destacar é que nós reunimos condições de controlar a doença, mas isto depende de uma decisão político-institucional que a coloque na condição de endemia grave, incapacitante. Isto facilitaria a adoção de medidas como maior alocação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, e expansão do controle voltado para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

A experiência do Rio Grande do Sul

O controle da hanseníase no Rio Grande do Sul obteve notável progresso a partir da implantação, em 1975, de um sistema de registros em computador que permite ao Serviço de Dermatologia Sanitária local checar a qualquer momento informações decisivas para o acompanhamento dos casos. Cada doente tem assim arquivado seu nome, sexo, ano de nascimento, endereço, Mitsuda, data do fichamento, tipo de diagnóstico, forma clínica, unidade sanitária responsável, último exame, tipo de alta, situação e categoria previdenciárias, baciloscopia, grau de incapacidade, histopatologia e controle de contatos (que inclui relações de parentesco, acompanhamento, data do último exame e BCG). Para o responsável por este serviço, dr. Jan Ferreira, "o método de registro por computador permite a obtenção, em poucos minutos, de listagens e tabelas que só seriam obtidas mediante vários anos de trabalho pelo processo manual, trabalho este que não seria válido, pois ao seu término os dados já estariam obsoletos. No que diz respeito aos dados mais simples (incidência, prevalência, altas e situação de controle dos doentes por forma clínica, municípios, regiões sanitárias e estado como um todo), eles podem ser obtidos mensalmente no dia 20 do mês subseqüente. O método manual permitia a obtenção dos dados de rotina apenas uma vez por ano, com cerca de seis meses de defasagem. As listagens nominais de doentes e contatos, com os respectivos dados pessoais, clínicos e epidemiológicos, emitidas rotineiramente pelo computador, são de obtenção impossível pelo método manual."

O cadastramento geral dos contatos domiciliares dos doentes através de processamento eletrônico foi iniciado em julho de 1977, permitindo a partir de então a fácil exclusão de todos os casos de duplo cadastramento de um mesmo indivíduo (situação freqüente quando residem dois ou mais doentes em um mesmo domicílio). Em 1981, 81,2% dos doentes tinham seus contatos cadastrados, atingindo um total de 6.917 contatos, com uma média de 2,5 contatos por doente. O percentual de controle dos contatos (isto é, indivíduos examinados pelo menos uma vez nos últimos 12 meses) foi de 25,7% para os doentes V e D.

Como resultado deste trabalho, o número e o percentual de doentes controlados vêm evoluindo gradativamente desde 1976, tendo atingido, em 1981, 82,3% do total. A meta de controle para 1982 foi de 84%. Além disto, o número de internamentos por hanseníase no estado é decrescente, totalizando 207 em 1981, e esta medida é aplicada apenas em relação aos casos socialmente graves. A Secretaria Estadual dispõe de uma Unidade de Internamento de Dermatologia Sanitária (UIDS), onde são tratados os hansenianos com intercorrências clínicas e os portadores de outras dermatoses, havendo ainda 45 hospitais gerais que aceitam o internamento de hansenianos no Rio Grande do Sul, também para tratamento das eventuais intercorrências.

Em 1981, houve 3401 casos de hanseníase em registro ativo, o que representa uma prevalência de 0,43 casos para cada grupo de mil habitantes do estado. A incidência no mesmo ano alcançou 3,45 casos por mil habitantes, com 272 novas ocorrências. No mesmo período, a prevalência no Brasil alcançou 1,45 por mil e a incidência, 13,81 por cem mil habitantes. Em 1969, o Rio Grande do Sul era responsável por 2,70% dos casos existentes no país, mas conseguiu reduzir esta participação para 1,89% em 1981.

TEMA 5/Radis

A SITUAÇÃO EM SÃO PAULO

A urbanização da hanseníase

São Paulo foi o estado brasileiro que registrou o maior número de casos novos de hanseníase em 1981. Para compreender a situação local, entrevistamos o dr. Clóvis Lombardi, médico-sanitarista da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (órgão da Secretaria de Saúde de São Paulo) e professor-assistente da Faculdade de Saúde Pública da USP.

RADIS – Podemos começar com um pouco da história da hanseníase em São Paulo.

LOMBARDI – A origem da doença no estado é bastante obscura, mesmo porque esta região ficou um pouco fora do primeiro ciclo da colonização, mais concentrado em Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Pode-se constatar, entretanto, focos muito antigos situados nas áreas de comunicação, como o vale do Paraíba, localizado no eixo Rio-São Paulo. Não há nada de estranho nisto, pois a hanseníase segue o homem. A assistência era deixada até o século passado a critério da filantropia, da caridade pública que sustentava as Santas Casas e os asilos. Com os surtos de imigração, fixou-se no estado uma população muito diferente daquela trazida pela escravidão. O imigrante europeu era mais susceptível à endemia e, ao mesmo tempo, mais politizado, o que provocou o crescimento das pressões para que o combate à hanseníase fosse assumido pelo Estado. As primeiras medidas neste sentido foram tomadas no início do século, quando Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, realizou dois censos para levantar o quadro real. Eles demonstraram a existência de um problema grave para os padrões da época, levando a saúde pública a movimentar-se oficialmente. Os debates de então, muito influenciados por modelos importados, mostram que não houve consenso sobre a política de isolamento compulsório. O patrono do nosso centro de saúde, Paula Sousa, nunca foi favorável a esta linha, defendendo um tratamento ambulatorial complementado com ações integradas. Outros, como Lindemberg, famoso professor de dermatologia, advogavam a formação de verdadeiras cidades-colônias, onde os indivíduos teriam uma vida normal, embora sob controle comunitário. A terceira linha, liderada por Pupo e outros dermatologistas, acabou sendo adotada por Emílio Ribas. Assim, foram construídos asilos-colônias nas cercanias das cidades, com a preocupação de manter os indivíduos integrados a alguma forma de trabalho e outras referências básicas da sociedade. Este modelo é muito criticado atualmente, mas na época, sem tratamento específico disponível, sem a sulfonoterapia, foi a medida encontrada.

RADIS – A corrente que preconizava tratamento ambulatorial se baseava numa epidemiologia da doença ou na racionalização dos gastos?

LOMBARDI – Os dermatologistas-sanitaristas já tinham uma intuição de que a resistência individual e as condições sócio-econômicas pesavam. Assim, o isolamento representaria, no seu modo de ver, um gasto incrível para o Estado, com poucos resultados.

RADIS – E os demais tipos de unidades que compunham o sistema de isolamento?

LOMBARDI – Na prática, o modelo se resumia na criação de guetos, dentro dos quais os indivíduos teriam um máximo de participação social. Aos hospitais eram encaminhados os casos mais graves, contaminantes. Nos dispensários, fazia-se o tratamento ambulatorial dos indivíduos melhorados ou que não se encontravam internados, mas esses serviços serviam exclusivamente para o controle da hanseníase. Além disto, havia ainda a estrutura dos preventórios, voltados para o isolamento do recém-nascido de mãe doente. Ao todo, eram cinco grandes hospitais, uma rede de dispensários bem distribuída e dotada de bastante recursos, inclusive porque a criação do Departamento de Prevenção da Lepra (DPL) coincidiu com a Revolução de 1930, época em que houve uma centralização política muito forte, mas grande autonomia administrativa.

RADIS – Como evoluiu este modelo do DPL?

LOMBARDI – É preciso registrar alguns marcos. Em 1941, Paget começou a usar nos Estados Unidos, com êxito, um derivado sulfônico de aplicação intra-venosa. A sulfona já era conhecida, mas não havia sido testada em hansenianos. A partir daí, o Brasil tornou-se um dos primeiros países a implantar tratamento em massa com o DDS, iniciado por volta de 1943 ou 1944 nos pacientes internados, e ampliado a partir de 1949 com prescrição, já por via oral, para o tratamento ambulatorial. Os resultados foram positivos. Paralelamente, os conceitos sanitários e epidemiológicos evoluíram. Como resultado destes dois fatores, os congressos do final da década de 1940 em diante começaram a criticar unanimemente o isolamento, método caro, sem resultados e criador de problemas paralelos, como desajustes sociais. Na verdade, este foi um período de mudanças no comportamento social em relação ao isolamento dos doentes de forma geral, com críticas, por exemplo, à reclusão dos tuberculosos e dos doentes mentais. Esta evolução foi muito influenciada pela descoberta de drogas específicas e pela formação de uma nova visão social de encarar as doenças. Congressos realizados em Madri (1953) e em Belo Horizonte (1958) atacaram violentamente o isolamento, finalmente considerado anacrônico em outro encontro, realizado no Rio de Janeiro em 1962. Neste mesmo ano, o primeiro-ministro Tancredo Neves baixou um decreto limitando bastante as situações em que um paciente poderia ser internado. Foi um marco oficial na quebra da política tradicional, levando o DPL a modificar algumas medidas até então vigentes. O número de altas aumentou e o de internações caiu, e a rede foi um pouco agilizada para fortalecer o tratamento ambulatorial. Os preventórios foram desativados, com exceção de alguns ligados a instituições religiosas. A estrutura principal passou a ser a dispensarial, onde os pacientes recebiam tratamento ambulatorial separado da rede geral de assistência médica. Havia centros de saúde com áreas físicas, inclusive prédios, isoladas só para a lepra, onde trabalhavam clínicos, ginecologistas, dentistas e outros profissionais com uma remuneração melhor do que a de seus colegas dos outros serviços. Foi um período de transição. É a reforma administrativa da secretaria, depois de 1964, que muda definitivamente a estrutura,

▶

trazendo as primeiras tentativas de horizontalização das políticas de controle e integração dos serviços. Até hoje existem centros de saúde onde o local de atendimento dos hansenianos é separado, mas isto é um resquício do período anterior, pois as plantas destes centros são antigas.

RADIS – A reforma administrativa modificou as condições de tratamento? As condições para o diagnóstico precoce melhoraram?

LOMBARDI – A nova política assistencial não foi bem implementada, e as condições de diagnóstico não se modificaram. Continuamos diagnosticando tardiamente, com maior quantidade de formas polarizadas e, destas, uma maioria de bacilíferos. Mesmo assim, há uma estimativa de que a tendência da endemia era de crescimento até 1960, havendo a partir de então uma estabilização e, talvez, uma queda no número relativo de casos.

RADIS – Na sua tese, a incidência da hanseníase na capital paulista é calculada em 6/100 mil e a prevalência em 1/mil. Que conclusões você tira da forma de distribuição destes doentes no município de São Paulo?

LOMBARDI – Primeiro, temos que levar em conta as limitações das informações disponíveis. No caso da hanseníase, o sub-registro é muito grande, pois muitos casos são escamoteados. A incidência é um indicador precário, já que se trata de uma doença crônica. Por isso, o meu objetivo foi o de chamar a atenção para a distribuição dos recursos assistenciais, especialmente a desigualdade de sua distribuição no município de São Paulo. A periferia da cidade é uma região extremamente pobre, carente de recursos sanitários. Como a hanseníase também é muito esquecida, tentei relacionar informações sobre ela com outros indicadores. Uma das conclusões importantes que pude chegar é a de que trabalha-se apenas com uma demanda passiva, que aflui aos centros e que, na verdade, é formada pelos mesmos doentes dos velhos dispensários, que agora vêm a prédios novos. São pacientes que chegam a constar dos arquivos há 30 anos, e cujos parentes sequer são controlados. O estudo deixa claro também que o perfil da hanseníase acompanha o das demais doenças transmissíveis, principalmente no que se refere à sua distribuição pela cidade.

Há ainda outro ponto muito importante. Assim como as demais endemias, a hanseníase também está se urbanizando, e nós ainda a tratamos como endemia rural. Na melhor da hipótese, pesquisamos os focos familiares, e nada mais. Ora, há estudos imunológicos que nos induzem a supor que a transmissão pode resultar não apenas do contato íntimo, mas também do contato fortuito, desde que repetido e prolongado. Pense, por exemplo, em um colégio. O tempo em que as pessoas passam juntas ali é seguramente maior do que o tempo em que ficam com a família. Ou ainda, pense nas pessoas que todas as manhãs passam uma hora ou mais dentro de um trem ou do metrô, em um ambiente confinado. Que peso tem isto na epidemiologia? É claro que um indivíduo bacilífero fica ali eliminando bacilos o tempo todo. Então, a família não pode ser mais o único núcleo de controle. É preciso pensar em alguma coisa diferente, pois não estamos mais tratando de endemias rurais. Além das conseqüências da urbanização da doença, é preciso ver as evidências de viragem sorológica, de portadores sãos,de infecções subclínicas.

Todos os progressos técnicos em relação a vacinas, diagnóstico precoce e tratamento só terão sentido se a rede assistencial estiver voltada também para a hanseníase. Ela é uma doença de adultos e eles, principalmente os jovens, não freqüentam centros de saúde. Eles vão ao INAMPS, onde jamais serão perguntados se possuem alguma "manchinha" e ninguém vai despi-los para procurar alguma lesão.

RADIS – Como está a integração dos serviços em São Paulo?

LOMBARDI – A Secretaria Estadual de Saúde é que está encarregada de controlar a doença, mas ela diagnostica apenas 20% dos casos, basicamente a partir de contatos. Isso permite que pensemos em duas hipóteses: ou a cobertura da secretaria aos contatos é baixíssima, ou a transmissão vem se dando por outros meios. Cerca de 70% dos pacientes diagnosticados não revelam o foco, o que nos leva a supor que a transmissão não tem obedecido tanto ao modelo clássico, familiar. Mesmo assim, a secretaria tem que controlar os contatos na família, e isto vem sendo mal feito. Só se consegue controlar cerca de 70% dos doentes, os outros se perdem. Quanto à Previdência, ela não presta nenhuma assistência médica ao hanseniano, apenas diagnostica, e pouquíssimo, passando então o caso para a secretaria estadual, que não recebe por isto nenhum tipo de subvenção.

Por incrível que pareça, o diagnóstico da hanseníase fica dificultado, entre outros fatores, por não exigir grande sofisticação. Toda a estrutura médica está voltada para diagnósticos por meios sofisticados. A hanseníase escapa desta malha, pois é muito insidiosa. O doente pode até freqüentar regularmente os serviços de saúde por outros motivos e não ser diagnosticado, inclusive porque os médicos são inconscientemente levados a descartar qualquer compromisso em descobrir a hanseníase. Assim, as possibilidades de diagnóstico precoce são poucas. O aumento do número de sanitaristas e a consolidação de uma nova forma de encarar a doença podem ajudar a melhorar este quadro, incentivando a criação de uma nova mentalidade e novas práticas no controle da hanseníase.

Bibliografia

GONÇALVES, A. – **Sumária avaliação do desempenho das tecnologias alocadas à hanseníase, com ênfase na questão do diagnóstico precoce.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. – – **Tópicos em hansenologia**. Brasília, 1982, mimeo.

ROTBERG, A. – **Nasce no Brasil a fase III da prevenção da hanseníase: solução prioritária dos problemas psico-sociais da "lepra".** Mimeo.

FERREIRA, J. e BERNARDI, C.D.V. – "O emprego do computador num sistema de controle da lepra" – **Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária** vol. 35 (1): 59-75, 1976.

SNPES/DNDS – **Modelo de curso básico de hanseníase,** Ministério da Saúde, 1980, mimeo.

DIVISÃO NACIONAL DA LEPRA – **Guia para o controle da lepra,** Min. Saúde, 1973.

SSMA/RS – **Informe epidemiológico,** Unidade de Controle Epidemiológico, junho/1981.

SSMA/RS – **Informe epidemiológico,** Unidade de Controle Epidemiológico, junho/1982.

_____ – Instruções para execução das normas de controle da hanseníase, baixadas pela portaria ministerial nº 165/Bsb fr 14 de maio de 1976 – **Bol. Div. Nac. Derm. San.,** vol. 36 (1). 7–12, 1977.

BIJLEVELD, I. – In reality: a medical anthropologist's reservations about the viability of leprosy control within Primary Health Care – **Lepr Rev** (1982) 53, 181-192.

BUCHMANN, H. – The potential benefit of Primary Health Care to leprosy control – **Lepr Rev** (1982) 53, 211-220.